

Sygn. akt II C 427/15

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 2 lutego 2018 roku

Sąd Rejonowy dla Łodzi-Widzewa w Łodzi, II Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący: SSR A. Z.

Protokolant: staż. M. Ż.

po rozpoznaniu w dniu 23 stycznia 2018 roku, w Ł.

na rozprawie

sprawy z powództwa M. R.

przeciwko (...) Spółce Akcyjnej z siedzibą w W.

o zapłatę kwoty 16.333 zł

1. zasądza od (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. na rzecz M. R. kwotę 13.000 zł (trzynaście tysięcy złotych) z odsetkami ustawowymi od dnia 2 października 2014 roku do dnia 31 grudnia 2015 roku oraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 roku do dnia zapłaty;

2. oddala powództwo w pozostałej części;

3. zasądza od (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. na rzecz powódki M. R. kwotę 2.637,50 zł (dwa tysiące sześćset trzydzieści siedem złotych pięćdziesiąt groszy) tytułem zwrotu kosztów procesu;

4. nakazuje zwrócić ze Skarbu Państwa Sądowi Rejonowego dla Łodzi-Widzewa w Łodzi na rzecz (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. kwotę 268,52 zł (dwieście sześćdziesiąt osiem złotych pięćdziesiąt dwa grosze) tytułem niewykorzystanej zaliczki na poczet wynagrodzenia biegłego, uiszczonej w dniu 11 marca 2016 roku, zaksięgowanej pod pozycją 2411 160287.

Sygn. akt II C 427/15

## UZASADNIENIE

W pozwie z dnia 23 maja 2015 roku M. R. wniosła o zasądzenie na swoją rzecz od (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. kwoty 16.333 zł tytułem odszkodowania za śmierć męża T. R. oraz jego poważnego zachorowania zgodnie z zawartą z pozwaną umową ubezpieczenia na życie wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od kwoty 13.000 zł od dnia 1 października 2014 roku do dnia zapłaty, a od kwoty 3.333 zł od dnia 16 czerwca 2014 roku do dnia zapłaty. Ponadto, powódka wniosła o zasądzenie na swą rzecz od pozwanego kosztów procesu według norm przepisanych.

W uzasadnieniu pozwu wskazano, iż zmarły T. R. - mąż powódki, od dnia 1 maja 2015 roku był ubezpieczony grupowo u pozwanej na podstawie umowy (...). Umowa obejmowała w swoim podstawowym zakresie ochronę na wypadek śmierci ubezpieczonego na kwotę 40.000 zł, a umowy dodatkowe ochronę na wypadek poważnego zachorowania ubezpieczonego na kwotę 10.000 zł. Ubezpieczony w okresach 9-16 maja 2014 roku, 15-24 czerwca 2014 roku, 29-31 lipca 2014 roku, 10-13 sierpnia 2014 roku, 18-22 sierpnia 2014 roku oraz 23-25 sierpnia 2014 roku przebywał na

leczeniu szpitalnym. W trakcie pierwszego takiego leczenia u ubezpieczonego wykonano badanie obrazowe USG, które wykazało guz trzustki i TK jamy brzusznej z kontrastem, markery nowotworowe, które potwierdziły toczącą się chorobę nowotworową trzustki ze zmianami w wątrobie. W trakcie hospitalizacji wykonano zabieg operacyjny udroźnienia dróg żółciowych z implantacją protezy, a następnie operację zespolenia żołądkowo-jelitowego. Pomimo długotrwałego leczenia i licznych hospitalizacji ubezpieczony w dniu 25 sierpnia 2014 roku zmarł w szpitalu. Za przyczynę zgonu uznano złośliwy guz głowy trzustki z przerzutami w wątrobie skutkującymi niewydolnością wątroby, a w rezultacie zatrzymaniem oddechu i krążenia. Pomimo zgłaszania roszczeń przez samego ubezpieczonego, a następnie przez powódkę, pozwana odmówiła wypłaty należnego odszkodowania, by ostatecznie wypłacić je częściowo i wybiórczo – w kwocie 27.000 zł. Jako przyczynę odmowy wypłaty odszkodowania pozwana podawała podpisanie umowy ubezpieczenia w chwili, gdy ubezpieczony przebywał na zwolnieniu lekarskim. Zdaniem powódki, jest to niezgodne z prawdą, co wielokrotnie udowodniono oświadczeniem pracownika kadr A. W., która podała, że ubezpieczony podpisał umowę ubezpieczenia między dniem 1 a 7 kwietnia 2014 roku, kiedy świadczył pracę i był fizycznie w dziale kadr w celu podpisania dokumentów. Wszystkie dokumenty dotyczące ubezpieczenia wypełniała A. W., a następnie po uzyskaniu akceptacji i podpisów wszystkich pracowników wypełniła wszystkie umowy jedną datą 30 kwietnia 2014 roku. Ochrona ubezpieczeniowa obowiązywała od dnia 1 maja 2014 roku. Zarówno diagnoza choroby nowotworowej, hospitalizacje, leczenie operacyjne oraz zgon ubezpieczonego objętego ochroną ubezpieczeniową miały miejsce już po dniu 1 maja 2014 roku, a więc w czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia. Zaś w chwili podpisywania umowy T. R. świadczył pracę i nie posiadał wiedzy o chorobie nowotworowej. Strona pozwana odmówiła również przyjęcia odpowiedzialności z tytułu poważnego zachorowania, zgodnie bowiem z ogólnymi warunkami dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania ubezpieczonego, pozwana uzależnia wypłatę świadczenia od potwierdzenia wystąpienia złośliwego nowotworu badaniem histopatologicznym. Zdaniem powódki, wymóg ten jest niedopuszczalny, gdyż warunek ten jest zależny od osoby trzeciej, a tym samym niemożliwy do spełnienia przez ubezpieczonego. O pobraniu materiału do badań histopatologicznych decydują lekarze, a nie ubezpieczeni. Zatem dla oceny, czy chory cierpi na nowotwór złośliwy z przerzutami konieczna i wystarczająca jest diagnoza postawiona przez specjalistę onkologa. Nadto, badanie histopatologiczne poprzedzone biopsją jest badaniem niepewnym i w dużej mierze opierającym się na przypadku, że osoba pobierając materiał do badań trafiła z wkłuciem w ognisko choroby. W przypadku T. R. diagnoza opierała się na złożonym obrazie klinicznym, pomimo braku poparcia jej w badaniu biopsyjnym.

Powódka wskazała, że dochodzi kwoty 13.000 zł wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 1 października 2014 roku do dnia zapłaty, tytułem świadczenia za śmierć ubezpieczonego oraz kwoty 3.333 zł wraz z odsetkami ustawowymi od dnia 16 czerwca 2014 roku do dnia zapłaty tytułem świadczenia za poważne zachorowanie ubezpieczonego, jaka przypada na nią jako spadkobiercę T. R. w 1/3 części.

(pozew k.1-9)

W odpowiedzi na pozew (...) Spółka Akcyjna w W. wniosła o oddalenie powództwa oraz o zasądzenie na swoją rzecz od powódki kosztów procesu według norm przepisanych.

Pozwana zaprzeczyła, aby była zobowiązana do zapłaty kwoty dochodzonej przez powódkę w niniejszej sprawie. Podniosła, że ubezpieczony T. R. deklarację uczestnictwa w grupowym (...) podpisał w dniu 30 kwietnia 2014 roku. Ubezpieczony oświadczył w niej, iż w dniu podpisania deklaracji nie przebywał na ponad 14-dniowym zwolnieniu lekarskim. Natomiast, ubezpieczony w dniu 30 kwietnia 2014 roku przebywał na ponad 14-dniowym zwolnieniu lekarskim, a zatem podał nieprawdziwe informacje oraz zataił swój stan zdrowia, które uniemożliwiłyby dokonanie oceny ryzyka ubezpieczeniowego i warunkowały objęcie ochroną ubezpieczeniową. Wobec tych okoliczności, pozwana odmówiła wypłaty świadczeń z tytułu śmierci Ubezpieczonego i poważnego zachorowania na podstawie § 25 Ogólnych warunków grupowego (...). Pozwana zaprzeczyła również, aby kiedykolwiek przyjmowała na siebie odpowiedzialność związaną z roszczeniami powódki, zaś kwota 27.000 zł została wypłacona powódce tytułem świadczenia kulacyjnego tj. świadczenia uznaniowego, wypłacanego w wypadku nie ponoszenia przez ubezpieczyciela odpowiedzialności. Świadczenie to przekazane zostało powódce w drodze wyjątku, przy braku po stronie pozwanej obowiązku zapłaty. Odnosząc się do roszczenia powódki z tytułu poważnego zachorowania ubezpieczonego, pozwana podała, iż

zgodnie z § 2 ust. 2 „Ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania” rozpoznanie nowotworu złośliwego musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym przeprowadzonym przez wykwalifikowanego lekarza onkologa lub histopatologa. Pozwana wskazała również, że w § 6 ust. 1 pkt 1 i 2 ogólnych warunków tego ubezpieczenia niezależnie od postanowień § 10 ust. 2 ogólnych warunków ubezpieczenia umowy podstawowej, prawo do świadczenia z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie przyznane w związku z wystąpieniem poważnego zachorowania 1) które zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed upływem 3 miesięcy od daty początku ochrony ubezpieczeniowej, określonej w świadectwie uczestnictwa; 2) którego objawy zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed upływem 3 miesięcy od daty początku ochrony ubezpieczeniowej, określonej w świadectwie uczestnictwa. W ocenie pozwanej nowotwór jest chorobą przewlekłą, zaś stan zdrowia ubezpieczonego ustalony podczas wizyty w szpitalu od 9 maja 2014 roku wskazuje na występowanie charakterystycznych dolegliwości i objawów wcześniej, prawdopodobnie przed upływem 3 miesięcy od daty początku ochrony ubezpieczeniowej. W zakresie dochodzonych odsetek, pozwana zakwestionowała daty wymagalności roszczeń przyjętych w pozwie, podając iż niemożliwe było spełnienie świadczenia w terminie 21 dni, gdyż istota sporu wymaga przeprowadzenia postępowania dowodowego, w tym zasięgnięcia opinii biegłego sądowego. Zaś, zgodnie z § 31 ust. 4 ogólnych warunków ubezpieczenia, gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia prawa do świadczenia lub jego wysokości okazało się niemożliwe w terminie, o którym mowa w ust. 3, Towarzystwo wypłaci świadczenie w terminie 14 dni, licząc od dnia, w którym przy dochowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

(odpowiedź na pozew k.108-112)

Na rozprawie w dniu 4 marca 2016 roku oraz w dniu 23 stycznia 2018 roku strony pozostały przy dotychczasowych stanowiskach.

(stanowiska pełnomocników stron – protokół rozprawy z dnia 4 marca 2016 roku k.174, nagranie 00:05:34-00:08:55, protokół rozprawy z dnia 23 stycznia 2018 roku k.229 i k.230, nagranie 00:01:26-00:03:45, 00:14:08-00:15:44)

### **Sąd Rejonowy ustalił następujący stan faktyczny:**

T. R. był zatrudniony w (...) Sp. z o.o. w Ł.. W 2014 roku pracownicy (...) Sp. z o.o. w Ł. przystępowali do grupowego (...) w (...) Spółce Akcyjnej w W.. Umowa ubezpieczenia została zawarta przez ich pracodawcę z ubezpieczycielem. Wcześniej byli objęci ubezpieczeniem w (...) na (...) S.A. w W., przy czym ubezpieczenie jakie posiadał wówczas T. R. nie obejmowało poważnego zachorowania.

Nowym ubezpieczeniem pracownicy (...) Sp. z o.o. w Ł. mieli być objęci od 1 maja 2014 roku. Pracownicy mogli sami uiszczać składki na ubezpieczenie, ale w praktyce wyrazili zgodę na potrącanie składek z wynagrodzenia za pracę. Pierwsze składki na ubezpieczenie były potrącane z wynagrodzenia pracowników w kwietniu 2014 roku, gdyż składki na ubezpieczenie na życie w (...) Spółce Akcyjnej w W. są opłacane miesięcznie z góry.

T. R. przystąpił do grupowego (...), obowiązującego od 1 maja 2014 roku, obejmującego swoim zakresem m.in. śmierć ubezpieczonego z sumą ubezpieczenia w kwocie 40.000 zł oraz poważne zachorowanie ubezpieczonego z sumą ubezpieczenia w kwocie 10.000 zł. T. R. podpisał deklarację przystąpienia do ubezpieczenia u pozwanej między 1 a 7 kwietnia 2014 roku, podpis ten składał w obecności kierownika swojego działu W. C.. T. R. jako osobę uposażoną do świadczenia z tytułu śmierci wskazał swoją żonę M. R..

(dowód: świadectwo uczestnictwa k.14-15, polisa nr (...) k.16-19, propozycja warunków ubezpieczenia dla (...) Sp. z o.o. w Ł. k.20, załącznik do polisy k.21, aneks k.22-23, deklaracja uczestnictwa w grupowym (...) k.46-47, zeznania świadka A. W. – protokół rozprawy z dnia 4 marca 2016 roku k.177-178, nagranie 00:42:30-01:03:10, okoliczność bezsporna co do zakresu ubezpieczenia T. R. w (...) na (...) S.A. w W. – oświadczenie powódki – protokół rozprawy z dnia 4 marca 2016 roku k.174, nagranie 00:07:11-00:08:04)

Deklarację przystąpienia do ubezpieczenia przygotowywała A. W. – specjalista do spraw kadr, płac i rachunkowości w (...) Sp. z o.o. w Ł.. To ona wypełniana w całości deklaracje dla pracowników, łącznie z datą, pracownicy mieli

tylko złożyć podpisy przy datach. A. W. we wszystkich deklaracjach przystąpienia do ubezpieczenia u pozwanej wstawiła datownikiem datę „30 kwietnia 2014 roku”. Chciała zapobiec błędom popełnianym przez pracowników przy wypełnieniu dokumentów i zapewnić ciągłość ubezpieczenia, tak, aby pracownicy występowali z ubezpieczenia w (...) na (...) S.A. w W. i przystępowali do ubezpieczenia u pozwanej. Tak przygotowane deklaracje, z wstemplowaną datą „30 kwietnia 2014 roku” przekazywane były pracownikom do podpisania. A. W. w oddziale firmy (...) otrzymała wszystkie deklaracje, wypełnione przez pracowników przystępujących do ubezpieczenia, do dnia 7 kwietnia 2014 roku. A. W. ustaliła z przedstawicielem pozwanej, że deklaracje przystąpienia do ubezpieczenia będą sporządzane na dzień 30 kwietnia 2014 roku, tak aby pracownicy mieli ciągłość ubezpieczenia. T. R. podpisał deklarację przystąpienia do (...) w (...) Spółce Akcyjnej w W. w okresie między 1 a 7 kwietnia 2014 roku, od 8 kwietnia 2014 roku ubezpieczony przebywał już na zwolnieniu do końca miesiąca i nie wrócił już do pracy, jego absencja była ciągła. T. R. w trakcie zwolnienia nie przyszedł do pracy, aby podpisać deklarację przystąpienia do ubezpieczenia.

(dowód: pismo A. W. (...) k.26, oświadczenie A. W. k.27, zeznania świadka A. W. – protokół rozprawy z dnia 4 marca 2016 roku k.177-178, nagranie 00:42:30-01:03:10, deklaracja uczestnictwa w grupowym (...) k.46-47)

Stosownie do § 3 ust. 1 ogólnych warunków grupowego (...), znajdujących zastosowanie do umów zawartych od dnia 1 stycznia 2010 roku, przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego. Zgodnie z § 3 ust. 2 zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej. Stosownie do § 3 ust. 3, zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony poprzez zawarcie umów dodatkowych lub klauzuli dodatkowej, co potwierdzone jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.

Zgodnie § 10 ust. 1 wskazanych ogólnych warunków ubezpieczenia osoba, która w dacie podpisania deklaracji uczestnictwa przebywa na zwolnieniu lekarskim dłuższym niż 14-dniowe, może podlegać ocenie ryzyka ubezpieczeniowego. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zmiany zakresu ubezpieczenia lub odmowy objęcia ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego, jeżeli ocena ryzyka ubezpieczeniowego wykazała, że odbiega ono od standardowego. W przypadku odmowy objęcia ochroną ubezpieczeniową tego Ubezpieczonego, Towarzystwo dokona zwrotu składki łącznej indywidualnej, o ile została zapłacona za daną osobę (§ 10 ust. 2 ogólnych warunków ubezpieczenia). Stosownie do § 10 ust. 4 ogólnych warunków ubezpieczenia, do czasu zakończenia zwolnienia lekarskiego, w stosunku do osoby, o której mowa w ust. 1, ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy podstawowej i umów dodatkowych ograniczana jest do zdarzeń objętych zakresem tych ubezpieczeń, które spowodowane zostały wyłącznie nieszczęśliwym wypadkiem.

Zgodnie z § 11 ust. 1 ogólnych warunków ubezpieczenia, ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy podstawowej rozpoczyna się od daty wskazanej w świadectwie uczestnictwa, nie wcześniej jednak niż w dniu opłacenia składki łącznej, w tym składki łącznej indywidualnej za danego Ubezpieczonego.

Natomiast, zgodnie z § 25 ogólnych warunków grupowego (...), w przypadku ujawnienia, że przed objęciem ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego, Ubezpieczający lub Ubezpieczony podał wiadomości nieprawdziwe, a w szczególności zatajona została choroba Ubezpieczonego, Towarzystwo w okresie pierwszych trzech lat od daty objęcia ochroną ubezpieczeniową tego Ubezpieczonego może odmówić wypłaty świadczenia, chyba że wiadomości nieprawdziwe nie miały wpływu na zwiększenie prawdopodobieństwa wypadku objętego umową ubezpieczenia. Jeżeli do podania wiadomości nieprawdziwych lub zatajenia informacji doszło na skutek winy umyślnej Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie przewidziane umową ubezpieczenia i jego następstwa są skutkiem tych nieprawdziwych lub zatajonych okoliczności.

Zgodnie z § 30 ust. 1 ogólnych warunków ubezpieczenia, Ubezpieczony może wskazać jedną lub więcej osób jako Uposażonych. Prawo zmiany Uposażonych przysługuje Ubezpieczonemu w każdym czasie.

Stosownie do § 31 ust. 1 ogólnych warunków ubezpieczenia, w przypadku śmierci Ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej Towarzystwo wypłaci Uposażonemu świadczenie z tytułu umowy podstawowej w wysokości sumy ubezpieczenia. Zgodnie z § 31 ust. 3 ogólnych warunków ubezpieczenia, Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie 21 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego

zakresem ubezpieczenia z tytułu umowy ubezpieczenia. W myśl § 31 ust. 4 gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia prawa do świadczenia lub jego wysokości okazało się niemożliwe w terminie 14 dni, licząc od dnia, w którym przy dochowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Natomiast, zgodnie z § 31 ust. 5 bezsporną część świadczenia Towarzystwo wypłaca w terminie, o którym mowa w ust. 3.

(dowód: ogólne warunki grupowego ubezpieczenia k.118-125)

Stosownie do § 2 ust. 2) lit. c ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania Ubezpieczonego, znajdujących zastosowanie do umów zawartych po 1 października 2007 roku, poważne zachorowanie to m.in. nowotwór złośliwy tj. nowotwór (guz) złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym przeprowadzonym przez wykwalifikowanego lekarza onkologa lub histopatologa.

Zgodnie z § 3 ust. 1 wskazanych ogólnych warunków ubezpieczenia, przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego. W myśl § 3 ust. 2 zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego poważnego zachorowania, którego pierwsze rozpoznanie miało miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.

Stosownie do § 6 ust. 1 pkt 1 i 2 ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania Ubezpieczonego niezależnie od postanowień § 10 ust. 3 ogólnych warunków ubezpieczenia umowy podstawowej, prawo do świadczenia z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie przyznane w związku z wystąpieniem poważnego zachorowania: 1) które zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed upływem 3 miesięcy od daty początku ochrony ubezpieczeniowej, określonej w świadectwie uczestnictwa; 2) którego objawy zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed upływem 3 miesięcy od daty początku ochrony ubezpieczeniowej, określonej w świadectwie uczestnictwa.

Wskazane wyłączenia nie znajdują zastosowania w odniesieniu do Ubezpieczonego, który spełnia łącznie następujące warunki: 1) w okresie co najmniej 3 miesięcy bezpośrednio poprzedzającym objęcie go ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy dodatkowej objęty był ochroną ubezpieczeniową przez innego Ubezpieczyciela z tytułu umowy ubezpieczenia grupowego w zakresie określonym umową dodatkową, 2) złożył Towarzystwu deklarację przystąpienia przed upływem 2 miesięcy od zawarcia umowy ubezpieczenia (§ 6 ust.2 ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania Ubezpieczonego).

Zgodnie z § 10 ust. 3 pkt 1 ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania Ubezpieczonego, prawo do świadczenia z tytułu umowy dodatkowej zostanie przyznane pod warunkiem, że Ubezpieczony pozostał przy życiu przez okres co najmniej 1 miesiąca od daty rozpoznania poważnego zachorowania, między innymi nowotworu złośliwego. Stosownie do § 10 ust. 4 powołanych ogólnych warunków ubezpieczenia, rodzaj i data wystąpienia poważnego zachorowania ustalane są na podstawie dokumentacji medycznej. W uzasadnionych przypadkach – na podstawie badań medycznych przeprowadzonych przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo, wykonanych na zlecenie Towarzystwa. Koszt tych badań ponosi Towarzystwo.

Stosownie do § 13 ust. 1 wskazanych ogólnych warunków ubezpieczenia, w sprawach nieuregulowanych niniejszymi ogólnymi warunkami ubezpieczenia, stosuje się odpowiednio postanowienia „Ogólnych warunków grupowego (...)”.

(dowód: ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania Ubezpieczonego k. 126 - 130)

T. R. w kwietniu 2014 roku źle się poczuł. Bolały go plecy z prawej strony. Myślał, że przedźwiगाł się w pracy. Podejrzał, że to „korzonki. W dniu 8 kwietnia 2014 roku T. R. udał się do lekarza pierwszego kontaktu. Zgłaszał bóle w podbrzuszu i zaparcia. Lekarz zlecił ubezpieczonemu różne badania, w tym kolonoskopię. Orzeciono niezdolność

do pracy od 8 kwietnia 2014 roku do 18 kwietnia 2014 roku. W dniu 18 kwietnia 2014 roku ubezpieczony zgłosił się do lekarza z bólami w okolicy lędźwiowo- krzyżowej.

Po około 3 tygodniach od pierwszej wizyty u lekarza pierwszego kontaktu w kwietniu 2014 roku u T. R. pojawiła się żółtaczka. W związku z tym, T. R. został skierowany do Poradni Chorób Wątroby Szpitala (...) w Ł.. Przedłużono niezdolność do pracy na okres od 19 kwietnia 2014 roku do 30 kwietnia 2014 roku. Wykonane ubezpieczonemu w Szpitalu im. (...) w Ł. badania wykazały jedynie podwyższony poziom cukru we krwi. Ubezpieczony został odesłany do Szpitala im. (...) w Ł..

W trakcie wizyty domowej w dniu 28 kwietnia 2014 roku T. R. nadal zgłaszał poboiewania w okolicy lędźwiowo-krzyżowej oraz wzrost ciepłoty ciała do 37,8 stopni C. z dreszczami.

W dniu 29 kwietnia 2014 roku T. R. był konsultowany w Izbie Przyjęć III Szpitala Miejskiego im. dr K. J. w Ł.. Rozpoznano nieustaloną chorobę wątroby.

T. R. wraz z żoną chodzili na prywatne wizyty lekarskie, ponieważ chcieli wyjaśnić stan zdrowia ubezpieczonego. T. R. nie miał dolegliwości bólowych brzucha. W czasie prywatnych wizyt lekarskich dwa razy wykonano T. R. USG brzucha, które nie wykryło żadnych zmian.

Pod koniec kwietnia 2014 roku w czasie prywatnej wizyty u dr N. badaniu USG u T. R. wykryto guza trzustki.

W dniu 9 maja 2014 roku wydano ubezpieczonemu skierowanie do szpitala z podejrzeniem guza trzustki. W dniach od 9 do 16 maja 2014 roku T. R. przebywał w Klinice (...) im. dr N. B. w Ł. z powodu objawów żółtaczki mechanicznej, z istotnym zwiększeniem poziomu bilirubiny, stanami podgorączkowymi i utratą 10 kg masy ciała w ciągu 1 miesiąca. W dniu 12 maja 2014 roku w trakcie endoskopowego zabiegu (...) uwidoczniiono ubytek kontrastu w dalszej części przewodu żółciowego wspólnego w odcinku brodawkowym. Dokonano nacięcia brodawki większej dwunastnicy z pobraniem wymazu szczoteczkowego, z miejsca zwężenia do badania cytologicznego oraz założono protezę umożliwiającą swobodny odpływ żółci do dwunastnicy. W badaniu TK narządów jamy brzusznej wykazano cechy aerobilii spowodowanej endoskopowym drenażem drogi żółciowej. Głowa trzustki była powiększona, niejednorodna, nieco zatarta o wymiarach 39 x 50 x 31 mm. Ulegała niejednorodnemu wzmocnieniu kontrastowemu. Ściana dwunastnicy była pogrubiała do 19 mm w części zstępującej. Żyła wrotna w okolicy nacieku była zwężona odcinkowo do szerokości 6 mm, a w pozostałych odcinkach była drożna. W trzonie trzustki widoczny był dodatkowo niewielki obszar, o wymiarach 23x 19 mm, mogący odpowiadać zmianie przerzutowej. Obraz TK przemawiał za naciekiem nowotworowym obejmującym głowę trzustki i część zstępującą dwunastnicy. W badaniu histopatologicznym materiału pobranego wymazem szczoteczkowym stwierdzono pojedyncze komórki budzące podejrzenie o rozrost atypowy. Ubezpieczonego wypisano do domu z rozpoznaniem nowotworu złośliwego trzustki – głowy trzustki, guza głowy trzustki i trzonu trzustki oraz podejrzeniem zmiany meta w wątrobie.

W dniach od 15 do 24 czerwca 2014 roku T. R. był hospitalizowany w Klinice (...) im. dr N. B. w Ł. w celu oceny operacyjności zmiany guzowatej trzustki. Zdecydowano o wykonaniu zabiegu operacyjnego zespolenia trzonu żołądka z wydzieloną pętlą jelita cienkiego sposobem R.-Y. Wykonano biopsję guza trzustki. Badanie histopatologiczne pobranych bioptatów tkankowych wykazało przewlekłe zapalenie trzustki z cechami masywnego włóknienia. Przebieg operacyjny był prawidłowy. Ubezpieczonego wypisano do domu z rozpoznaniem nieresekcyjnego guza głowy trzustki, stanem po wycięciu pęcherzyka żółciowego i protezowaniu dróg żółciowych, nowotworem o niepewnym lub nieznanym charakterze i nieokreślonych umiejscowieniach.

W trakcie pobytu T. R. w Klinice (...) im. dr N. B. w Ł. w dniach od 29 do 31 lipca 2014 roku wykonano endoskopową biopsję guza głowy trzustki w asyście endosonografii. W badaniu histopatologicznym stwierdzono grupy, gniazda i płyty komórek nabłonka gruczołowego z niewielką anizocytoą. Obraz mikroskopowy aspiratu nie budził podejrzenia nowotworu złośliwego.

Podczas kolejnego pobytu w Klinice (...) im. dr N. B. w Ł. w dniach od 10 do 13 sierpnia 2014 roku, z powodu ponownego zażółcenia powłok skórnych i stanów gorączkowych, z badania histopatologicznego wycinków tkankowych uzyskanych drogą biopsji endoskopowej, nie uzyskano potwierdzenie procesu nowotworowego. W badaniu gastroskopowym uwidoczniiono żyłaki przełyku, wpustu i dna żołądka oraz obrzęk błony śluzowej dwunastnicy, tuż za odźwiernikiem uniemożliwiającym wymianę protezy drogi żółciowej. W badaniach laboratoryjnych stwierdzono zaburzenia krzepnięcia, małopłytkowość, zaburzenia elektrolitowe, wzrost wartości wskaźnika zapalnego, i enzymów cholestatycznych. Wdrożono leczenie objawowe. Ubezpieczonego wypisano z rozpoznaniem niedrożności przewodów żółciowych, żółtaczki mechanicznej, nowotworu złośliwego trzustki – głowy trzustki, guzem głowy trzustki, podejrzeniem zmiany metastatycznej w wątrobie, stanem po zespoleniu żołądkowo-jelitowym na pętli R., stanem po endoskopowym protezowaniu (...), stanem po cholecystektomii, niewydolnością wątroby nieklasyfikowaną gdzie indziej, żyłakami przełyku, zapaleniem błony śluzowej żołądka, małopłytkowością wtórną, zaburzeniami krzepnięcia i wodobrzuszem.

W dniach od 18 do 22 sierpnia 2014 roku T. R. przebywał w Oddziale (...) Paliatywnej Szpitala (...) św. J. B. w Ł., skąd został przekazany do Kliniki (...) im. dr N. B. w Ł. w celu kontroli drożności protezy w drogach żółciowych. Przy przyjęciu do Kliniki ubezpieczony był w bardzo ciężkim stanie ogólnym.

Pomimo włączonego leczenia objawowego T. R. zmarł w dniu 25 sierpnia 2014 roku. W sporządzonej karcie informacyjnej z leczenia szpitalnego jako rozpoznanie wskazano: guz złośliwy trzustki, guz trzustki bez potwierdzenia histopatologicznego, rozsianą chorobę nowotworową, stan po zespoleniu żołądkowo-jelitowym na pętli R., stan po (...) z implantacją protezy do (...), niewydolność wątroby nieokreśloną, żółtaczkę mechaniczną, wodobrzusze, małopłytkowość wtórną, żyłaki przełyku, zapalenie błony śluzowej żołądka, zatrzymanie oddechu. W karcie zgonu jako przyczynę wyjściową określono guz głowy trzustki z przerzutami do wątroby. Jako przyczynę wtórną wskazano niewydolność wątroby, a bezpośrednią przyczyną zgonu było zatrzymanie oddechu i krążenia.

(dowód: odpis skrócony aktu zgonu k.24, karta statystyczna dla karty zgonu k.25, dokumentacja medyczna k.28-45, koperta k.157, koperta k.161, koperta k.163, pisemna opinia biegłego onkologa k.192-195, przesłuchanie powódki protokół rozprawy z dnia 23 stycznia 2018 roku k.230, nagranie 00:08:06- 00:13:17 w związku z informacyjnymi wyjaśnieniami – protokół rozprawy z dnia 4 marca 2016 roku k.174-175, nagranie 00:09:08-00:22:23)

Wdrożone wobec T. R. w trakcie kolejnych pobytów szpitalnych postępowanie diagnostyczne pozwoliło na rozpoznanie żółtaczki mechanicznej w przebiegu guza głowy i trzonu trzustki naciekającego część zstępującą dwunastnicy oraz żyłę wrotną. Narastająca blokada przepływu krwi przez żyłę wrotną doprowadziła do powstania wrotnego krążenia obocznego, z powiększeniem rozmiarów śledziony, żyłakami przełyku, wpustu i dna żołądka oraz nasilającego się niedokrwienia i niedotlenienia mięszu wątroby. Za złośliwym charakterem stwierdzonej zmiany guzowej głowy i trzonu trzustki przemawiała zmiana ogniskowa w prawym płacie wątroby, odpowiadająca ognisku przerzutowemu oraz powiększone węzły chłonne okołoaortalne.

Mimo ponawianych prób pobrania materiału cytologicznego i tkankowego z opisywanego guza trzustki, drogą biopsji śródoperacyjnej i biopsji endoskopowych, nie udało się uzyskać histopatologicznego potwierdzenia złośliwego procesu nowotworowego, choć uzyskane wyniki wskazywały na podejrzenia w tym kierunku. Takie zjawisko obserwuje się w niemałym odsetku złośliwych guzów trzustki, wynikającym z rodzaju i sposobu wzrostu złośliwych nowotworów trzustki, ale także trudnego do eksploracji położenia narządu, z dużym ryzykiem możliwych, poważnych powikłań. W części przypadków rozpoznanie ustala się dopiero po badaniu histopatologicznym preparatu operacyjnego po jego chirurgicznym wycięciu. Przebieg kliniczny choroby w przypadku T. R. wskazuje na dużą dynamikę procesu chorobowego, typowego dla rozsianej choroby nowotworowej, z nasilaniem się, w ostatniej fazie objawów niewydolności wątroby. Objawy te zostały określone w karcie zgonu jako wtórna przyczyna zgonu.

W okresie od 9 maja do 25 sierpnia 2014 roku, w czasie kolejnych hospitalizacji T. R. rozpoznawano nowotwór złośliwy głowy trzustki, podejrzenie ogniska przerzutowego w prawym płacie wątroby, żółtaczkę mechaniczną, nieresekcyjny guz głowy trzustki, stan po protezowaniu drogi żółciowej, stan po zespoleniu żołądkowo-jelitowym sposobem R.-

Y, niewydolność wątroby z żylakami przełyku i żołądka z wodobrzuszem, zaburzenia koagulologiczne ze skazami krwotocznymi i małopłytkowością, nowotwór głowy trzustki bez weryfikacji histopatologicznej, rozsianą chorobę nowotworową.

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania Ubezpieczonego, w § 2 pkt 2c odpowiadają objawom chorobowym występującym u T. R. w pierwszym zdaniu podpunktu 2c - nowotwór (guz) złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Nie został spełniony wymóg konieczności potwierdzenia rozpoznania wynikiem badania histopatologicznego wykonanego przez wykwalifikowanego lekarza onkologa lub histopatologa.

Brak bezpośredniego potwierdzenia diagnozy w badaniu histopatologicznym nie pozwala na wykluczenie nowotworu złośliwego, ze względu na inne objawy mogące wskazywać na taką postać nowotworu (cechy naciekania tkankowego, zmiana ogniskowa w wątrobie, powiększenie węzłów chłonnych okołoaortalnych, kliniczny przebieg choroby).

Dokumentacja medyczna znajdująca się w aktach sprawy, nie zawiera pewnego potwierdzenia złośliwego procesu nowotworowego w badaniu wykonanym przez lekarza onkologa lub histopatologa w rozumieniu § 2 pkt 2c ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania Ubezpieczonego. Wskazana w karcie zgonu wyjściowa przyczyna zgonu jako guz trzustki spełnia definicję poważnego zachorowania według § 2 pkt 2c ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania.

Do charakterystycznych (patognomonicznych) objawów guza głowy trzustki zalicza się: żółtaczkę mechaniczną, naciekanie sąsiednich struktur anatomicznych, bóle w śródbrzuchu promieniujące do kręgosłupa, stany podgorączkowe, szybką utratę masy ciała, dużą dynamiką choroby w zaawansowanym okresie choroby. Objawy te były opisywane u T. R. w czasie kolejnych hospitalizacji w (...) Szpitalu (...) im. dr N. B. w Ł. oraz Szpitalu (...) św. J. B. w Ł..

Nudności, biegunki lub zaparcia, gorączka, anemia, zakrzepowe zapalenie żył, wyczuwalny guz w okolicach pępka w nadbrzuszu to jedne z wielu objawów obserwowanych u chorych z guzami trzustki o różnej lokalizacji. Nie we wszystkich guzach trzustki obserwuje się objawy utrudnionego odpływu żółci z wątroby.

Postępowanie diagnostyczne, pozwalające na rozpoznanie guza głowy trzustki przeprowadzono w trakcie pierwszego pobytu zmarłego w Klinice (...) im. dr N. B. w Ł. w dniach od 9 do 16 maja 2014 roku. Wykonane badania TK jamy brzusznej zobrazowało nacieki nowotworowe głowy trzustki z zajęciem części zstępującej dwunastnicy oraz inne objawy wskazujące na złośliwy charakter ogniska nowotworowego. Podczas tego pobytu wykonano także endoskopowy zabieg udrażniający główną drogę żółciową, uwalniający pacjenta od żółtaczki mechanicznej i pozwalający na kolejny etap jakim jest leczenie operacyjne.

(dowód: pisemna opinia biegłego z zakresu chirurgii ogólnej i onkologicznej k.192-195, pisemna uzupełniająca z zakresu chirurgii ogólnej i onkologicznej k. 219-220)

We wniosku doręczonym (...) Spółce Akcyjnej z siedzibą w W. w dniu 26 maja 2014 roku ubezpieczony T. R. zwrócił się do pozwanej o wypłatę świadczenia z tytułu poważnego zachorowania - nowotworu złośliwego trzustki – guza głowy i trzonu trzustki.

(dowód: wniosek o wypłatę świadczenia k.48-50)

Pismem z dnia 5 września 2014 roku (...) Spółka Akcyjna z siedzibą w W. odmówiła wypłaty świadczenia z tytułu poważnego zachorowania, wskazując, że ubezpieczony w dniu podpisania deklaracji przystąpienia do grupowego ubezpieczenia na życie, podał informację, że nie przebywał na ponad 14-dniowym zwolnieniu lekarskim, natomiast dokumentacja potwierdza, iż w dniu 30 kwietnia 2014 roku, przebywał na ponad 14-dniowym zwolnieniu lekarskim.

(dowód: pismo pozwanej k.58)



W dniu 10 września 2014 roku M. R. zwróciła się do (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. o wypłatę świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego T. R. z powodu guza głowy trzustki z przerzutami w wątrobie.

(dowód: wniosek o wypłatę świadczenie k.51-53)

Pismem z dnia 12 września 2014 roku (...) Spółka Akcyjna z siedzibą w W. odmówiła powódce wypłaty świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego, podając, iż ubezpieczony podał informację nieprawdziwą, że nie przebywał na ponad 14-dniowym zwolnieniu lekarskim, natomiast dokumentacja potwierdza, iż w dniu 30 kwietnia 2014 roku, przebywał on na ponad 14-dniowym zwolnieniu lekarskim.

(dowód: pismo pozwanej k.57)

Pismem z dnia 29 września 2014 roku (...) Spółka Akcyjna z siedzibą w W. poinformowała powódkę, że jej roszczenie o wypłatę świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego T. R. zostało rozpatrzone w trybie wyjątku od zasad określonych w ogólnych warunkach ubezpieczenia. Pozwana wypłaciła na rzecz powódki kwotę 27.000 zł.

(dowód: pismo pozwanej k.55)

Pismem z dnia 20 lutego 2015 roku pozwana poinformowała powódkę, że jej roszczenie z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu zostało rozpatrzone w trybie wyjątku od zasad określonych w ogólnych warunkach ubezpieczenia. Pozwana wypłaciła na rzecz powódki kwotę 270 zł z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu, co stanowi 1/3 należnego świadczenia zgodnie z postanowieniem o nabyciu spadku.

(dowód: pismo k.59)

Pismem z dnia 4 maja 2015 roku (...) Spółka Akcyjna z siedzibą w W. poinformowała powódkę, że jej roszczenie zostało rozpatrzone w trybie wyjątku od zasad określonych w ogólnych warunkach ubezpieczenia. Pozwana wypłaciła na rzecz powódki kwoty: 500, 60 i 75 zł z tytułu operacji medycznej ubezpieczonego i pobytu ubezpieczonego w szpitalu, co stanowi 1/3 należnego świadczenia zgodnie z postanowieniem o nabyciu spadku.

(dowód: pismo k.60)

Prawomocnym postanowieniem z dnia 18 listopada 2014 roku, wydanym w sprawie o sygnaturze akt II Ns 2027/14, Sąd Rejonowy dla Łodzi-Widzewa w Łodzi stwierdził, że spadek po T. R., synu E. i J., zmarłym dnia 25 sierpnia 2014 roku w Ł., na podstawie ustawy nabyły: żona M. R. oraz córki I. S. i J. G. po 1/3 części każda z nich.

(dowód: postanowienie k.61)

Przedstawiony powyżej stan faktyczny został ustalony na podstawie bezspornych twierdzeń stron, obszernego dokumentarnego materiału dowodowego, a także zeznań świadka A. W., przesłuchania powódki oraz opinii biegłego onkologa.

Dokonując ustaleń faktycznych stanowiących podstawę rozstrzygnięcia, Sąd pominął zeznania świadka D. M.. Świadek pamiętała jedynie ogólnie, iż T. R. był pacjentem na oddziale gastrologii w Szpitalu im. (...) w Ł. cierpiącym na chorobę nowotworową trzustki. Nie posiadała jednak wiedzy na temat stanu pacjenta w czasie poszczególnych pobytów w tym szpitalu, wykonanych u niego badań ani podstawy postawionego choremu rozpoznania. Natomiast, okoliczności te wynikają z dokumentacji medycznej załączonej do akt sprawy.

Strona pozwana wniosła o uzupełnienia opinii przez biegłego onkologa, wskazując, że opinia biegłego jest niepełna i niejasna, gdyż zawiera luki w zakresie ustalenia genezy guza trzustki u T. R. (pismo pełnomocnika pozwanej k.202-203, k.212-213). W pisemnej opinii uzupełniającej biegły wyczerpująco ustosunkował się do postawionych przez pozwanego pytań. Po złożeniu przez biegłego onkologa pisemnej opinii uzupełniającej żadna ze stron reprezentowanych przez fachowych pełnomocników nie wniosła o dalsze uzupełnienie opinii ani o dopuszczenie

dowodu z opinii innego biegłego na te same okoliczności. W ocenie Sądu, złożone przez biegłego opinie nie budzą wątpliwości. Są rzetelne, sporządzone na podstawie zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, zgodnie z wymogami specjalistycznej wiedzy, zawierają pełne i fachowe ustosunkowanie się do postawionych tez dowodowych. Biorąc pod uwagę ich podstawy teoretyczne, sposób motywowania oraz stopień stanowczości wyrażonych w niej wniosków Sąd uznał sporządzone opinie za pełnowartościowe źródło informacji specjalnych.

### **Sąd Rejonowy zważył, co następuje:**

Powództwo zasługiwało na uwzględnienie w części.

Podstawą roszczenia powódki M. R. były: umowa dobrowolnego grupowego (...) oraz umowa dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania Ubezpieczonego, zawarte przez (...) Sp. z o.o. w Ł. z (...) Spółką Akcyjną w W., do których jako ubezpieczony przystąpił jej mąż T. R..

Pozwana nie uznała powództwa. Wniosła o jego oddalenie wskazując, że ubezpieczony zataił, iż w dniu podpisania umowy, przebywał na ponad 14-dniowym zwolnieniu lekarskim, a nadto w zakresie świadczenia z tytułu poważnego zachorowania – iż nowotwór złośliwy nie został potwierdzony badaniem histopatologicznym, a także że rozpoznanie i leczenie nowotworu nastąpiło przed upływem okresu karencyjnego 3 miesięcy wskazanego w umowie.

Zgodnie z art. 805 § 1 k.c., przez umowę ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się, w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę.

Stosownie do art. 829 § 1 k.c., ubezpieczenie osobowe może w szczególności dotyczyć przy ubezpieczeniu na życie - śmierci osoby ubezpieczonej lub dożycia przez nią oznaczonego wieku, a przy ubezpieczeniu następstw nieszczęśliwych wypadków - uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku.

Na gruncie niniejszej sprawy wypadkiem, którego zaistnienie aktualizowało obowiązek pozwanego do wypłaty świadczenia pieniężnego, była w zakresie ubezpieczenia na życie – śmierć ubezpieczonego, natomiast w zakresie ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania – wystąpienie u ubezpieczonego poważnego zachorowania w postaci nowotworu.

Spór stron co do zasadności obu roszczeń koncentrował się w pierwszej kolejności na ustaleniu tego, czy ubezpieczony zataił fakt przebywania na ponad 14-dniowym zwolnieniu lekarskim w dacie zawarcia umowy, natomiast co do roszczenia z tytułu poważnego zachorowania ubezpieczonego - co do tego, czy do rozpoznania nowotworu złośliwego, konieczne było potwierdzenie nowotworu badaniem histopatologicznym.

Ogólne warunki ubezpieczenia ustala co do zasady zakład ubezpieczeń. Zgodnie z art.12a ustawy z dnia 22 maja 2003 roku o działalności ubezpieczeniowej (tekst jednolity Dz.U. z 2010 roku, Nr 11, poz.66), obowiązującej w chwili zawarcia umowy ubezpieczenia, określają one, w szczególności, rodzaj ubezpieczenia i jego przedmiot, warunki zmiany sumy ubezpieczenia lub sumy gwarancyjnej, jeżeli ogólne warunki ubezpieczenia taką zmianę przewidują, prawa i obowiązki każdej ze stron umowy ubezpieczenia, zakres odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, przy ubezpieczeniach majątkowych - sposób ustalania rozmiaru szkody, sposób określania sumy odszkodowania lub innego świadczenia, jeżeli ogólne warunki ubezpieczenia przewidują odstępstwa od zasad ogólnych, sposób ustalania i opłacania składki ubezpieczeniowej, metodę i sposób indeksacji składek, jeżeli ogólne warunki ubezpieczenia indeksację przewidują, tryb i warunki dokonania zmiany umowy ubezpieczenia zawartej na czas nieokreślony, przesłanki i terminy wypowiedzenia umowy przez każdą ze stron, a także tryb i warunki wypowiedzenia, jeżeli ogólne warunki ubezpieczenia przewidują taką możliwość.

Analogiczna regulacja została zawarta w przepisie art. 16 ustawy z dnia 11 września 2015 roku o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, uchylającej z dniem 1 stycznia 2016 roku, ustawę z 2003 roku (Dz.2015, poz.

1844), w którym dodano jeszcze wymóg określenia przez ogólne warunki ubezpieczenia terminu wystąpienia z umowy ubezpieczenia grupowego oraz terminu i sposobu odstąpienia od umowy ubezpieczenia.

Jak wynika z brzmienia przepisu art. 807 § 1 k.c., postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia sprzeczne z bezwzględnie obowiązującymi przepisami k.c. regulującymi umowę ubezpieczenia są nieważne, chyba, że przepisy szczególne stanowią inaczej. W pozostałych wypadkach wiążą strony umowy ubezpieczenia stając się immanentnym elementem jej treści.

Zgodnie z art. 12 ust. 3 ustawy z dnia 22 maja 2003 roku o działalności ubezpieczeniowej (Dz.U. Nr 124, poz. 1151), obowiązującej w chwili zawarcia umowy ubezpieczenia, ogólne warunki ubezpieczenia oraz umowa ubezpieczenia powinny być formułowane jednoznacznie i w sposób zrozumiały. W myśl zaś ust. 4 powołanego przepisu postanowienia sformułowane niejednoznacznie interpretuje się na korzyść ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia. Powyższą regulację powielił przepis art.15 ust. 3 i ust. 5 obecnie obowiązującej ustawy z dnia 11 września 2015 roku o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Jak powszechnie przyjmuje się w judykaturze Sądu Najwyższego, w tym uchwale składu 7 sędziów z dnia 31 marca 1993 roku (III CZP 1/93, OSNCP 1993 rok, nr 10, poz.170), mającej walor zasady prawnej, oraz uchwale z dnia 8 lipca 1992 roku (III CZP 80/92, OSNCP 1993 rok, 1-2, poz.14) w razie niejasności, niedomówień, braku jednoznaczności sformułowań ogólnych warunków umów, wynikające z tego wątpliwości należy tłumaczyć na korzyść ubezpieczonego. Wskazana linia orzecznictwa jest kontynuowana w późniejszych orzeczeniach Sądu Najwyższego, w których podkreśla się, że przy wykładni postanowień ubezpieczenia, w tym ogólnych warunków ubezpieczenia, należy uwzględniać cel umowy i interesy ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego. Wykładnia ta nie może pomijać celu, w jakim umowa została zawarta, a także natury i funkcji zobowiązania. Celem umowy jest zaś niewątpliwie udzielenie ubezpieczonemu ochrony na wypadek określonego w umowie ryzyka, w zamian za zapłatę składki. Umowa ubezpieczenia pełni funkcję ochronną i z tej przyczyny miarodajny do wykładni jej postanowień jest punkt widzenia tego, kto jest chroniony. W konsekwencji, postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia sformułowane niejednoznacznie interpretuje się na korzyść ubezpieczającego, ubezpieczonego uposażonego, lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia (tak między innymi Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 5 września 2008 roku, I CSK 64/08, opubl. L.; w wyroku z dnia 13 maja 2004 roku, V CK 481/03, opubl. L.; w wyroku z dnia 10 grudnia 2003 roku, opub. L.). W związku z tym, niedopuszczalne jest niejednoznaczne formułowanie zakresu odpowiedzialności i wyłączeń, odsyłanie do aktów prawnych czy regulacji niezwiązanych do umowy, używanie niejasnych sformułowań itp. Wszystkie tego rodzaju uchybienia powinny być brane pod uwagę na korzyść ubezpieczającego przy wykładni woli stron umowy ubezpieczenia i powinny prowadzić do przyjęcia takiej jego woli oraz treści umowy ubezpieczenia, do jakiej zawarcia doszłoby zgodnie z wolą ubezpieczającego, gdyby wspomnianych uchybień nie było (tak Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 12 stycznia 2007 roku, IV CSK 307/06, opubl. L.).

W myśl § 10 ust. 1 ogólnych warunków grupowego (...), osoba, która w dacie podpisania deklaracji uczestnictwa przebywa na zwolnieniu lekarskim dłuższym niż 14-dniowe, może podlegać ocenie ryzyka ubezpieczeniowego. Zgodnie z § 10 ust. 2 wskazanych ogólnych warunków ubezpieczenia, Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zmiany zakresu ubezpieczenia lub odmowy objęcia ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego, jeżeli ocena ryzyka ubezpieczeniowego wykazała, że odbiega ono od standardowego. W przypadku odmowy objęcia ochroną ubezpieczeniową tego Ubezpieczonego, Towarzystwo dokona zwrotu składki łącznej indywidualnej, o ile została zapłacona za daną osobę. Stosownie do § 10 ust. 4 ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie, do czasu zakończenia zwolnienia lekarskiego, w stosunku do osoby, o której mowa w ust. 1, ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy podstawowej i umów dodatkowych ograniczana jest do zdarzeń objętych zakresem tych ubezpieczeń, które spowodowane zostały wyłącznie nieszczęśliwym wypadkiem.

Natomiast, zgodnie z § 25 ogólnych warunków grupowego (...), w przypadku ujawnienia, że przed objęciem ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego, Ubezpieczający lub Ubezpieczony podał wiadomości nieprawdziwe, a w szczególności zatajona została choroba Ubezpieczonego, Towarzystwo w okresie pierwszych trzech lat od daty objęcia ochroną ubezpieczeniową tego Ubezpieczonego może odmówić wypłaty świadczenia, chyba że wiadomości

nieprawdziwe nie miały wpływu na zwiększenie prawdopodobieństwa wypadku objętego umową ubezpieczenia. Jeżeli do podania wiadomości nieprawdziwych lub zatajenia informacji doszło na skutek winy umyślnej Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie przewidziane umową ubezpieczenia i jego następstwa są skutkiem tych nieprawdziwych lub zatajonych okoliczności.

W ocenie pozwanej, powyższe postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia mają zastosowanie do niniejszej sprawy, ponieważ ubezpieczony T. R. podpisał deklarację przystąpienia do ubezpieczenia w dniu 30 kwietnia 2014 roku, kiedy przebywał już na ponad 14-dniowym zwolnieniu lekarskim zatajając ten fakt.

Jednakże, jak wykazało przeprowadzone postępowanie dowodowe, T. R. podpisał deklarację przystąpienia do (...) i dodatkowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania w okresie między 1 a 7 kwietnia 2014 roku, przed pójściem na zwolnienie lekarskie w dniu 8 kwietnia 2014 roku. Fakt ten został potwierdzony zeznaniami świadka A. W., która wskazała, że wypełniła deklaracje przystąpienia do ubezpieczenia grupowego dla wszystkich pracowników, w tym za pomocą datownika wstawiła datę 30 kwietnia 2014 roku we wszystkich deklaracjach pracowniczych, aby uniknąć konieczności poprawiania ewentualnych błędów jakie mogli w dokumentach popełnić pracownicy i z uwagi na dążenie do zachowania dla pracowników ciągłości ubezpieczenia. Pracownicy mieli jedynie złożyć podpisy pod treścią swoich deklaracji. Świadek podkreśliła, że data wypełnienia deklaracji w nich wskazana była uzgodniona z przedstawicielem pozwanej. Mając na uwadze okoliczności i sposób wypełnienia deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia u pozwanego, należy wskazać, że T. R. prawdopodobnie nie zwrócił uwagi na datę na podpisywanej deklaracji, a bezsprzecznie podpisywał ją zanim poszedł na zwolnienie lekarskie. Zatem w dniu podpisywania deklaracji przystąpienia do umowy z pozwaną, T. R. podał co do swojej osoby dane i okoliczności zgodne z prawdą, zwłaszcza co do tego, że nie przebywał na ponad 14-dniowym zwolnieniu lekarskim. W konsekwencji, w świetle powyższych postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia i zgromadzonego materiału dowodowego, brak było podstaw do odmowy wypłaty świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego na rzecz powódki z tego powodu, że w dniu przystąpienia do umowy ubezpieczenia T. R. znajdował się na ponad 14-dniowym zwolnieniu. W niniejszej sprawie ochrona ubezpieczeniowa rozpoczęła się od dnia 1 maja 2014 roku, a pierwszą składkę uiszczono jeszcze w kwietniu 2014 roku. A zatem, zostały spełnione przesłanki do wypłaty świadczenia na rzecz uposażonej powódki w kwocie 40.000 zł. Albowiem, stosownie do § 31 ust. 1 ogólnych warunków ubezpieczenia, w przypadku śmierci Ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej Towarzystwo wypłaci Uposażonemu świadczenie z tytułu umowy podstawowej w wysokości sumy ubezpieczenia. Pozwana wypłaciła na rzecz powódki kwotę 27.000 zł – jak podała tytułem świadczenia kulacyjnego, przyznanego pomimo braku po jej stronie odpowiedzialności. Kwota ta została zaliczona przez powódkę na poczet świadczenia należnego jej z tytułu zgonu ubezpieczonego męża w kwocie 40.000 zł. W niniejszej sprawie, M. R. żądała zasądzenia na jej rzecz kwoty 13.000 zł z tytułu świadczenia za zgon T. R.. W rezultacie, nie wychodząc ponad żądanie pozwu, Sąd zasądził na rzecz powódki kwotę 13.000 zł tytułem brakującej jej zdaniem części świadczenia.

Ponadto, powódka jako spadkobierca T. R. żądała zasądzenia na jej rzecz kwoty 3.333 zł z tytułu poważnego zachorowania, zgłoszonego jeszcze za życia przez samego ubezpieczonego.

Odnosząc się do dochodzonego świadczenia z tytułu poważnego zachorowania, wskazać należy, że w ocenie pozwanego ubezpieczyciela, literalna wykładnia postanowienia § 2 pkt 2c ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania Ubezpieczonego, sugeruje, iż dla powstania obowiązku wypłaty świadczenia na rzecz ubezpieczonego konieczne jest potwierdzenie rozpoznania nowotworu złośliwego badaniem histopatologicznym przeprowadzonym przez wykwalifikowanego lekarza onkologa lub histopatologa. Jednak stosownie do § 10 ust. 4 ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania Ubezpieczonego, rodzaj i data wystąpienia poważnego zachorowania ustalane są na podstawie dokumentacji medycznej, a uzasadnionych przypadkach – na podstawie badań medycznych przeprowadzonych przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo, wykonanych na zlecenie Towarzystwa. Powołane postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia pozostają w stosunku do siebie w opozycji. Sytuację tę można by rozwiązać interpretując postanowienia § 2 pkt 2c ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania Ubezpieczonego jako postanowienie szczególne w stosunku do postanowienia § 10 ust.

4. Jednakże, w odniesieniu do dwustronnych czynności prawnych ustawodawca przewidział specyficzne dyrektywy interpretacyjne, diametralnie różniące się od zasad wykładni np. tekstu aktu normatywnego. Zgodnie bowiem z art. 65 § 2 k.c., w umowach należy raczej badać, jaki był zgodny zamiar stron i cel umowy aniżeli opierać się na jej dosłownym brzmieniu (tak: wyroki Sądu Najwyższego z dnia 8 czerwca 1999 roku, II CKN 379/98 i z dnia 26 lipca 2012 roku, II CSK 9/12). Dla wykładni treści oświadczeń woli składających się na umowę konieczne jest zatem umiejscowienie ich w konkretnym kontekście sytuacyjnym, mając na uwadze skutek, jaki chciały osiągnąć strony danej czynności prawnej decydując się na jej podjęcie. Ponadto, wykładni poszczególnych wyrażań użytych w umowie należy dokonywać z uwzględnieniem tzw. kontekstu umownego, a więc związków treściowych występujących między zawartymi w tekście postanowieniami. Innymi słowy wskazane jest przyjmowanie takiego sensu oświadczenia woli, który uwzględnia logikę całego tekstu obejmującego czynność prawną (tak: S. Rudnicki Komentarz do art. 65 k.c. w: J. Gudowski (red) Kodeks cywilny. Komentarz. Część ogólna Lexis Nexis 2014 str. 589).

Ogólna dyrektywa prymatu wykładni umów w oparciu o zgodny zamiar stron i cel umowy nad jej literalnym brzmieniem znajduje jeszcze pełniejsze zastosowanie w odniesieniu do umowy ubezpieczenia, co związane jest ze specyficzną funkcją tego rodzaju umowy. Celem umowy ubezpieczenia jest bowiem udzielenie ubezpieczonemu ochrony na wypadek zajścia określonego ryzyka w zamian za zapłatę składki. Konsekwencją ochronnego charakteru umowy ubezpieczenia jest to, iż dla wykładni postanowień umowy podstawowe znaczenie ma punkt widzenia tego, kto jest chroniony (tak: wyrok Sądu Najwyższego z 13 maja 2004 roku, V CK 481/03).

Mając na uwadze przedstawione wcześniej rozważania należy wskazać, iż dla przyjęcia w jaki sposób ubezpieczyciel winien był dokonać ustalenia poważnej choroby (nowotworu złośliwego) w myśl art. 65 § 2 k.c. konieczne było wyjście poza dosłowne brzmienie powołanego wyżej postanowienia § 2 pkt 2c ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania Ubezpieczonego, w zakresie w jakim, statuuje on konieczność potwierdzenia rozpoznania badaniem histopatologicznym i odwołanie się do kontekstu zawarcia umowy oraz argumentów natury teleologicznej. Poprzestanie tylko na dosłownym brzmieniu interpretowanego postanowienia umowy stanowi poważny błąd metodologiczny, mogący doprowadzić w rezultacie do wadliwego wyniku wykładni.

W świetle zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, w tym opinii biegłego onkologa, objawy chorobowe występujące u T. R. odpowiadają definicji nowotworu (guz) złośliwego, wskazanego w § 2 pkt 2c ogólnych warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania Ubezpieczonego, charakteryzującego się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych i powodującego naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Nie został jednak spełniony wymóg konieczności potwierdzenia rozpoznania wynikiem badania histopatologicznego wykonanego przez wykwalifikowanego lekarza onkologa lub histopatologa.

W przedmiotowej sprawie nie ulega wątpliwości, iż celem umowy ubezpieczenia, którą na zasadzie dobrowolności został objęty T. R., było zapewnienie ubezpieczonemu środków finansowych na wypadek zaistnienia niezależnych od niego okoliczności związanych ze stanem zdrowia tj. poważnego zachorowania. Oczywiście jest, że tego rodzaju okoliczności mogłyby dotyczyć wielu chorób. Wymaga podkreślenia, iż umowę ubezpieczenia zawarł z pozwanym pracodawca ubezpieczonego (...) Sp. z o.o. w Ł.. Decydując się na zawarcie umowy, ubezpieczający z pewnością miał na względzie konieczność uzyskania dla ubezpieczanych pracowników jak najszerzej ochrony, respektując przy tym również uzasadnione interesy zakładu ubezpieczeniowego. Zwłaszcza, że ubezpieczający zdecydował się na zmianę ubezpieczyciela, na podmiot oferujący jego pracownikom lepsze warunki ubezpieczenia. Wydaje się więc, że podmiot działający niejako w imieniu beneficjentów umowy ubezpieczenia baczyl, aby umowna opieka ubezpieczeniowa nie miała charakteru iluzorycznego, lecz stanowiła dla ubezpieczonych rzeczywistą gwarancję bezpieczeństwa. Z konieczności zapewnienia beneficjentom należytego standardu ochrony z pewnością zdawał sobie sprawę także ubezpieczyciel, od wielu lat działający na rynku pracowniczych ubezpieczeń grupowych.

W ocenie Sądu, to właśnie cel zawieranej umowy ubezpieczenia nakierowany na zapewnienie ubezpieczanym efektywnej ochrony, przeczy takiej wykładni § 2 pkt 2c ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania Ubezpieczonego, zgodnie z którą nowotwór złośliwy musiałby być potwierdzony

badaniem histopatologicznym w sytuacji, w której z ogólnego obrazu choroby, co miało miejsce w przypadku T. R., niewątpliwie wynika wystąpienie u ubezpieczonego takiej choroby, a ubezpieczyciel ma możliwość stwierdzenia rodzaju choroby na podstawie dokumentacji medycznej, a nawet na podstawie badań przeprowadzonych przez lekarza wskazanego przez ubezpieczyciela. Jak wynika z opinii biegłego onkologa, nierzadko zdarza się, że wykonanie biopsji i badania histopatologicznego często jest niemożliwe np. ze względu na umiejscowienie guza i związane z tym ryzyko ewentualnych możliwych powikłań związanych z pobraniem materiału do badania. Ponadto, jak wskazał biegły onkolog, przeprowadzone badanie histopatologiczne może nie wykazać nowotworu złośliwego, mimo jego faktycznego występowania w organizmie, przy jednoczesnym występowaniu u pacjenta objawów choroby nowotworowej. W tej sytuacji przyjęcie, iż konieczne jest każdorazowe rozpoznanie nowotworu złośliwego badaniem histopatologicznym, skutkowałoby tym, że ubezpieczony nie będzie mógł uzyskać ochrony ubezpieczeniowej pomimo tego, że de facto zaistniał wypadek ubezpieczeniowy w postaci wystąpienia poważnego zachorowania – nowotworu złośliwego. Pomimo więc faktycznego i obiektywnego poważnego zachorowania, beneficjent nie mógłby uzyskać należącego mu się z tytułu ubezpieczenia świadczenia, co w oczywisty sposób klóciłoby się z celem zawierania umów ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania. Należy podkreślić, że w niniejszej sprawie podczas wielokrotnych hospitalizacji, począwszy od dnia 9 maja 2014 roku, kiedy miało miejsce rozpoznanie choroby, ubezpieczonemu zawsze stawiano rozpoznanie: nowotwór złośliwy trzustki, guz złośliwy głowy i trzonu trzustki. Rozpoznanie to nie budziło wątpliwości, choć próby jego rozpoznania histopatologicznego nie powiodły się.

Ponadto, zgodnie z przepisem art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c., wedle którego postanowienia umowy zawieranej z konsumentem nieuzgodnione indywidualnie nie wiążą go, jeżeli kształtują jego prawa i obowiązki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy (niedozwolone postanowienia umowne). Nie dotyczy to postanowień określających główne świadczenia stron, w tym cenę lub wynagrodzenie, jeżeli zostały sformułowane w sposób jednoznaczny. Stosownie do przepisu art. 385<sup>3</sup> pkt 21 k.c., w razie wątpliwości uważa się, że niedozwolonymi postanowieniami umownymi są te, które w szczególności: uzależniają odpowiedzialność kontrahenta konsumenta od spełnienia przez konsumenta nadmiernie uciążliwych formalności.

Na gruncie niniejszej sprawy, postanowienie ogólnych warunków ubezpieczenia, zgodnie z którym rozpoznanie nowotworu złośliwego winno być podparte badaniem histopatologicznym przeprowadzonym przez wykwalifikowanego lekarza onkologa lub histopatologa jest, uniemożliwiającym wypłatę świadczenia, postanowieniem niedozwolonym, o którym mowa w art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. Zdaniem Sądu postanowienie to uzależnia przyjęcie odpowiedzialności pozwanej od spełnienia – w niniejszej sprawie – niemożliwej do wykonania formalności, tj. potwierdzenia rozpoznania badaniem histopatologicznym. Natomiast, jak wynika z opinii biegłego u T. R. pomimo ponawianych prób pobrania materiału cytologicznego i tkankowego z opisywanego guza trzustki, nie udało się uzyskać histopatologicznego potwierdzenia złośliwego procesu nowotworowego, pomimo występujących u chorego objawów tej choroby. Biegły onkolog podkreślił, iż takie zjawisko obserwuje się w niemałym odsetku złośliwych guzów trzustki, co wynika z rodzaju i sposobu wzrostu złośliwych nowotworów trzustki, ale także trudnego do eksploracji położenia narządu, z dużym ryzykiem możliwych, poważnych powikłań. W części przypadków rozpoznanie ustala się dopiero po badaniu histopatologicznym preparatu operacyjnego po jego chirurgicznym wycięciu. W przypadku T. R. resekcja guza okazała się niemożliwa z uwagi na jego umiejscowienie. A zatem, wskazane postanowienie umowne, w chwili przystąpienia przez ubezpieczonego do umowy, nie było zgodne z dobrymi obyczajami i naruszało jego interesy, bowiem wyłączało ochronę w ubezpieczeniową w przypadku zachorowania na nowotwór złośliwy, dający się zdiagnozować ogólnym obrazem choroby, tylko z przyczyny formalnej – braku potwierdzenia rozpoznania badaniem histopatologicznym. Tym samym należy przyjąć, że dla powstania po stronie ubezpieczonego roszczenia o wypłatę świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia zawartej na wypadek poważnej choroby, wystarczające było ustalenie, że powód zapadł na nowotwór (guz) złośliwy głowy i trzonu trzustki, potwierdzone dokumentacją medyczną obrazującą ogólny obraz choroby. Odmienne wnioski, zważywszy na charakter i cel umowy ubezpieczenia, jawiłyby się jako nieracjonalne i jako takie nie mogłyby zostać uznane za uzyskane w wyniku prawidłowej wykładni (zob. wyrok Sądu Najwyższego z 2 kwietnia 2014 roku, IV CSK 420/13).

Jednakże, w niniejszej sprawie zachodzi inna okoliczność wyłączająca odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu poważnego zachorowania przewidziana w § 6 ust. 1 pkt 1 i 2 ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania Ubezpieczonego, zgodnie z którym niezależnie od postanowień § 10 ust. 3 ogólnych warunków ubezpieczenia umowy podstawowej, prawo do świadczenia z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie przyznane w związku z wystąpieniem poważnego zachorowania: 1) które zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed upływem 3 miesięcy od daty początku ochrony ubezpieczeniowej, określonej w świadectwie uczestnictwa; 2) którego objawy zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed upływem 3 miesięcy od daty początku ochrony ubezpieczeniowej, określonej w świadectwie uczestnictwa. Wskazane wyłączenia nie znajdują zastosowania w odniesieniu do Ubezpieczonego, który spełnia łącznie następujące warunki: 1) w okresie co najmniej 3 miesięcy bezpośrednio poprzedzającym objęcie go ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy dodatkowej objęty był ochroną ubezpieczeniową przez innego Ubezpieczyciela z tytułu umowy ubezpieczenia grupowego w zakresie określonym umową dodatkową, 2) złożył Towarzystwu deklarację przystąpienia przed upływem 2 miesięcy od zawarcia umowy ubezpieczenia (§ 6 ust. 2 ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania Ubezpieczonego).

Powołane postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia przewidują 3 miesięczną karencję od momentu objęcia ochroną ubezpieczeniową, typową dla ubezpieczeń osobowych zwłaszcza obejmujących swym zakresem zgon lub poważne zachorowanie ubezpieczonego. Karencja to okres bezpośrednio po zawarciu ubezpieczenia, przez który towarzystwo ubezpieczeń nie udziela ochrony w określonym zakresie, mimo opłacenia składki ubezpieczeniowej, chyba, że do zdarzenia dojdzie w następstwie nieszczęśliwego wypadku. Zazwyczaj okres karencji trwa 3-4 miesiące. Celem karencji jest zapobieganie sytuacjom, w których ubezpieczony zawiera umowę ubezpieczenia lub przystępuje do niej znając swój stan zdrowia, w tym celu, aby uzyskać określone świadczenia z umowy. Czasem ubezpieczyciele przewidują możliwość zniesienia okresu karencji poprzez zapłatę w tym okresie dodatkowej składki lub spełnienie innych wymogów określonych w ogólnych warunkach ubezpieczenia.

Na gruncie rozważanej umowy ubezpieczenia, Ubezpieczonemu z tytułu poważnego zachorowania przysługiwało świadczenie w związku z poważnym zachorowaniem, o ile zostało ono zdiagnozowane, rozpoznane lub leczone po upływie 3 miesięcy od daty początku ochrony ubezpieczeniowej, określonej w świadectwie uczestnictwa lub którego objawy zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono po upływie 3 miesięcy od daty początku ochrony ubezpieczeniowej, określonej w świadectwie uczestnictwa. Wcześniejsze zdiagnozowanie, rozpoznanie i leczenie poważnego zachorowania lub jego objawów, wyłączało możliwość przyznania świadczenia z tego tytułu. Jak już wskazano, w niniejszej sprawie, początek ochrony ubezpieczeniowej dla T. R. został wskazany w świadectwie uczestnictwa na dzień 1 maja 2014 roku. Natomiast, rozpoznanie poważnego zachorowania w postaci nowotworu złośliwego trzustki, guza głowy trzustki i trzonu trzustki po raz pierwszy postawiono ubezpieczonemu w czasie pobytu w dniach od 9 do 16 maja 2014 roku w Klinice (...) im. dr N. B. w Ł., czyli przed upływem 3 miesięcy od początku ochrony ubezpieczeniowej. Ubezpieczonego wypisano wówczas do domu z rozpoznaniem nowotworu złośliwego trzustki – głowy trzustki, guza głowy trzustki i trzonu trzustki oraz podejrzeniem zmiany meta w wątrobie. Rozpoznanie to zostało potwierdzone w czasie kolejnych hospitalizacji T. R. w owej placówce oraz w Szpitalu (...) św. J. B. w Ł.. Wprawdzie T. R. był wcześniej objęty grupowym ubezpieczeniem na życie w (...) na (...) S.A. w W., lecz co pozostawało poza sporem stron, wcześniejsze ubezpieczenie nie obejmowało swym zakresem poważnego zachorowania, a jedynie zgon ubezpieczonego. Nie zachodził zatem wypadek przewidziany w § 6 ust. 2 ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania Ubezpieczonego pozwalający na wyłączenie okresu karencji. W rezultacie, w świetle § 6 ust. 1 pkt 1 i 2 ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania Ubezpieczonego, brak było podstaw do wypłaty świadczenia z tytułu poważnego zachorowania na rzecz T. R., a w konsekwencji także 1/3 owego świadczenia na rzecz powódki jako spadkobiercy ubezpieczonego.

Odnośnie zgłoszonego roszczenia odsetkowego należy wskazać, że jeżeli dłużnik opóźnia się ze spełnieniem świadczenia pieniężnego, to za czas opóźnienia wierzyciel może żądać zapłaty odsetek, chociażby nie poniósł żadnej szkody i chociażby opóźnienie było następstwem okoliczności, za które dłużnik odpowiedzialności nie ponosi (art.

481 § 1 k.c.). Jeżeli stopa odsetek za opóźnienie nie była oznaczona, należą się odsetki ustawowe (od 1 stycznia 2016 roku – odsetki ustawowe za opóźnienie). Termin wymagalności świadczenia przysługującego powódce wynika z § 31 ust. 3 ogólnych warunków ubezpieczenia (...), zgodnie którym, ubezpieczyciel obowiązany jest spełnić świadczenie w terminie 21 dni licząc od dnia otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia chyba, że w powyższym terminie wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe. W takim przypadku, świadczenie powinno zostać spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe (§ 31 ust. 4 ogólnych warunków ubezpieczenia). W niniejszej sprawie, roszczenie z tytułu zgonu ubezpieczonego zostało zgłoszone przez powódkę w dniu 10 września 2014 roku, a zatem termin 21 dni na spełnienie świadczenia przy uwzględnieniu treści przepisu art. 111 § 2 k.c., upłynął w dniu 1 października 2014 roku. W konsekwencji, bieg odsetek za opóźnienie należy liczyć od dnia 2 października 2014 roku. W rezultacie, Sąd zasądził na rzecz powódki kwotę 13.000 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 2 października 2014 roku do dnia 31 grudnia 2015 roku i z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 roku do dnia zapłaty.

Obowiązek udowodnienia istnienia okoliczności z art. § 31 ust. 4 ogólnych warunków ubezpieczenia oraz ich zasięgu obciąża ubezpieczyciela, zgodnie z ogólną zasadą ciężaru dowodu przewidzianą w art. 6 k.c. Pozwana jest profesjonalistą, prowadzącym działalność gospodarczą w zakresie ubezpieczeń. W ocenie Sądu, wydanie decyzji co do należnego powódce świadczenia możliwe było w terminie 21 dni od dnia zgłoszenia zdarzenia na podstawie dokumentacji zgromadzonej w postępowaniu likwidacyjnym, w tym wyjaśnień i oświadczenia A. W. (k.26-27).

W pozostałym zakresie powództwo podlegało oddaleniu jako nieuzasadnione.

O kosztach procesu orzeczono na podstawie art. 100 zd. 1 k.p.c. stosunkowo je rozdzielając.

Powódka żądała zasądzenia na swoją rzecz kwoty 16.333 zł. Zasądzona na jej rzecz kwota 13.000 zł stanowi 80% dochodzonego roszczenia.

Na koszty procesu poniesione przez powódkę w łącznej kwocie 4.034 zł złożyły się: opłata sądowa od pozwu w wysokości 817 zł, wynagrodzenie pełnomocnika w kwocie 2.400 zł (ustalone w oparciu o § 6 pkt 5 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 roku w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu, Dz.U. Nr 163, poz.1349 ze zm.), opłata skarbową od pełnomocnictwa w kwocie 17 zł oraz zaliczka na poczet wynagrodzenia biegłego w kwocie 800 zł.

Na koszty procesu poniesione przez pozwanego złożyło się wynagrodzenie pełnomocnika w kwocie 2.400 zł (ustalone na podstawie § 6 pkt 5 w zw. z § 4 ust. 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 roku w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu, t.j. Dz. U. z 2013 r., poz. 490), opłata skarbową od pełnomocnictwa w kwocie 17 zł oraz zaliczka na poczet wynagrodzenia biegłego w kwocie 531,48 zł.

W rezultacie, Sąd zasądził od pozwanej na powódkę kwotę 2.637,50 zł tytułem zwrotu kosztów procesu.

Na podstawie art. 84 ust. 2 w związku z art. 80 ustawy z dnia 28 lipca 2005 roku o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz.U. Nr 167, poz. 1398 ze zm.) Sąd nakazał zwrócić ze Skarbu Państwa na rzecz pozwanej kwotę 268,52 zł tytułem niewykorzystanej zaliczki na poczet wynagrodzenia biegłego.